IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA I INNOWACYJNOŚCI W MEDYCYNIE (NR 20)**

z dnia 15 czerwca 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 20)

15 czerwca 2023 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat skutecznego leczenia bezsenności z wykorzystaniem terapii cyfrowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Hubert Życiński** zastępca dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia, **dr n. med. Anna Justyna Piotrowska** kierownik Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Katedry i Kliniki Psychiatrycznej w Warszawie, **Tadeusz Piotrowski** kierownik Pracowni EEG i Zaburzeń Snu w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, adiunkt WUM, **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek** sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" oraz **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski i Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum, wszyscy są, a teraz pozwólcie państwo, że powitam w sposób szczególnie serdeczny, wyjątkowy…

Bardzo serdecznie witam pana profesora Krzysztofa Kochanka, sekretarza naukowego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – bardzo mi miło, panie profesorze, że możemy pana gościć. Pani Anna Justyna Piotrowska, doktor nauk medycznych, kierownik Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Katedry i Kliniki Psychiatrycznej – bardzo dziękuję za obecność. Pan Tadeusz Piotrowski – kierownik Pracowni EEG i Zaburzeń Snu w Szpitalu Nowowiejskim, adiunkt Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – bardzo się cieszę z państwa obecności. Pan Jerzy Płókarz, prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej – bardzo mi miło, dziękujemy za obecność. Jest też pan Marek Wleklik i także dziękujemy za obecność, zawsze możemy liczyć na wsparcie i na przekazanie informacji, które są analizowane na posiedzeniu Komisji. Witam pana Huberta Życińskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia – dzień dobry, witam serdecznie. Dzień dobry, witam wszystkich posłów.

Proszę państwa, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat skutecznego leczenia bezsenności z wykorzystaniem terapii cyfrowych – przedstawi minister zdrowia. Jeżeli nie ma uwag, to przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i że nasze posiedzenie jest transmitowane, jest oglądane w tej chwili przez członków podkomisji i każdego zainteresowanego naszym tematem. Proszę przedstawiciela MZ o przedstawienie informacji. Panie dyrektorze, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia Hubert Życiński:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, dziękuję za zaproszenie na posiedzenie Komisji.

Przedstawię pokrótce naszą perspektywę leczenia bezsenności, w szczególności z wykorzystaniem nowoczesnej technologii. Jeżeli chodzi o zaburzenia snu, to należą one do najczęstszych problemów zdrowotnych osób dorosłych. Najczęstszym zaburzeniem tego typu jest bezsenność, która stanowi około 90% tych zaburzeń. Bezsenność zasługuje na miano choroby cywilizacyjnej XXI wieku. Na naszym kontynencie między 10 a 15% ludności ma przewlekłe problemy ze snem, a od 30 do 50% cierpi na zaburzenia snu. Problem z zasypianiem, zwłaszcza jeśli pojawi się nagle, może być objawem różnego rodzaju chorób albo skutkiem negatywnego wpływu niektórych czynników czy sytuacji, które nas spotykają. Dla skutecznego leczenia bezsenności istotne jest wychwycenie przyczyny poprzez przeprowadzenie szczegółowego wywiadu i analizę uzyskanych informacji. Powody bezsenności mogą być zróżnicowane, mogą mieć różne podłoże. Po pierwsze, może to być podłoże związane z istniejącymi chorobami i na przykład wynikającymi z nich dolegliwościami bólowymi, parciem na mocz, świądem i innymi objawami, które nie pozwalają pacjentowi zapaść w sen. Powodem bezsenności mogą być też czynniki związane z otoczeniem, takie jak światło, hałas, upał, zmiana strefy czasowej itp.

Dużą grupą powodów są czynniki psychologiczne i psychogenne takie jak konflikty osobiste, jakieś dogłębne przeżycia, natrętne myśli itp. zdarzenia oraz psychotyczne, czyli takie, które obejmują różnego rodzaju lęki, nerwice, zaburzenia depresyjne, psychiczne, urojenia czy omamy. Wreszcie substancje, których spożycie może powodować kłopoty ze snem, stanowią również istotną grupę powodów bezsenności – są to leki, narkotyki, alkohol, napoje zawierające kofeinę. Kolejną grupą są przyczyny neurogenne, które mogą być spowodowane uszkodzeniem układu nerwowego i jego nieprawidłowym funkcjonowaniem, na przykład na skutek odniesionego urazu. Jest też bezsenność pierwotna, której powód nie jest znany i jest dość trudny do uchwycenia.

Najczęstsza przyczyna bezsenności u dorosłych to zaburzenia psychiczne. To są stany depresyjne, psychozy, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, które stanowią około 35–40% leczonych przypadków. Drugim co do częstości powodem bezsenności są choroby psychofizjologiczne, które stanowią około 15% badanych przypadków. U 12% leczonych pacjentów kłopoty ze snem wywołuje nadużywanie, tolerancja lub odstawienie substancji wykazujących działanie ośrodkowe. Na dalszych miejscach znajdują się epizody bezdechu w czasie snu, zaburzenia rytmu snu oraz schorzenia somatyczne.

Część z czynników powoduje tymczasową bezsenność, która ustępuje po ustaniu czynnika ją powodującego. Taka bezsenność niestety może się przerodzić w bezsenność przewlekłą, która pomimo ustania przyczyny nadal występuje. Dolegliwościami zdrowotnymi, które mogą powodować bezsenność, są na przykład bezdech nocny, choroby układu oddechowego, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, stres, choroby układu pokarmowego, tarczycy i inne.

Czynnikami utrwalającymi bezsenność często są strategie behawioralne, które mają efekt odwrotny do zamierzonego, na przykład nadmierne przebywanie w łóżku, odsypianie w ciągu dnia, ograniczenie aktywności fizycznej, szkodliwe nawyki przed snem. Istotne są również przekonania dotyczące bezsenności, które prowadzą do zamartwiania się, lęku przed niemożnością zaśnięcia, wyspania się i w ten sposób powstaje błędne koło bezsenności.

Brak snu jest dolegliwością, którą w zależności od przyczyny można skutecznie leczyć na wiele sposobów. Każdy przypadek oczywiście powinien być analizowany indywidualnie i wymaga przeprowadzenia rzetelnego wywiadu. Bezsenność jest zwykle problemem złożonym, tak jak wyróżnia się różne powody zaburzeń snu. Dla prawidłowego postępowania z pacjentem najważniejsze jest ustalenie, z czego wynikają problemy i przede wszystkim czy są objawem jakiejś poważniejszej choroby, czy schorzeniem samoistnym. W zależności od przyczyny zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami pacjent może otrzymać w tym zakresie świadczenie w ramach porad specjalistycznych, jeżeli zostanie rozpoznany w zakresie nieorganicznego zaburzenia rytmu snu i czuwania, innego organicznego zaburzenia snu, nieorganicznego zaburzenia snu nieokreślonego. Może także

otrzymać świadczenie polisomnografii – to taka technika, która rejestruje najistotniejsze procesy, jakie zachodzą w ludzkim organizmie w czasie snu. Pozwala ona ocenić poszczególne stadia snu, poziom tlenu we krwi, wzorzec oddychania, czynność serca oraz reakcje fizjologiczne organizmu. Pacjent może skorzystać także z porady psychologicznej lub sesji psychoterapii realizowanych przez psychoterapeutów różnymi metodami: metodą terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, także poznawczo-behawioralnej lub psychoanalitycznej albo też psychodynamicznej czy systemowej.

W Polsce problemem bezsenności zajmują się dedykowane placówki, takie jak Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Badań nad Snem, poradnie leczenia zaburzeń snu, na przykład Poradnia Leczenia Zaburzeń Snu Katedry i Kliniki Psychiatrycznej WUM, Poradnia Zaburzeń Snu Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUMed. Kwestiami bezsenności zajmują się także inne jednostki, na przykład Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM. Problem jest też adresowany przez firmy prywatne, które tworzą różnego rodzaju rozwiązania służące poprawie jakości snu lub wyeliminowaniu jednostek chorobowych, które powodują bezsenność. Wiele z tych rozwiązań ma postać aplikacji cyfrowych na urządzenia mobilne. Jednym z obszarów, które adresują aplikacje mobilne, są szumy uszne. Szumy uszne są także istotną przyczyną bezsenności, a forma pomocy takim pacjentom zależy od stopnia uciążliwości tego objawu. Prawie wszyscy pacjenci z szumami usznymi zgłaszają także problemy z zasypianiem. Takim osobom proponowane są generatory szumu lub aplikacje na telefon, które pacjent włącza przed udaniem się na spoczynek. Dostępnych jest wiele aplikacji do generowania szumów, na przykład Generator szumu, Noice: Uspokajający hałas, White Noise Lite czy myNoise. Czasem poprawa jakości snu fizjologicznego staje się możliwa dopiero po zastosowaniu leków psychotropowych.

Inne aplikacje związane z przygotowaniem do snu, takie które już się szumami usznymi nie zajmują, tylko ogólnie tym procesem to: PZIZZ – Sleep, Nap, Focus, Calm – Sleep, Meditate, Relax, Tide – Sleep & Meditation. Oferują one różnorodne techniki relaksacyjne i medytacyjne oraz kojące dźwięki. Na przykład aplikacja Calm – Sleep dostarcza treści audio, które wzmacniają kondycję psychiczną i odpowiadają na niektóre z największych współczesnych wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym, takich jak stres, lęk, bezsenność czy depresja. Aplikacja PZIZZ – Sleep dostarcza natomiast skomponowane przez człowieka, zremiksowane algorytmiczne dźwięki, aby zoptymalizować zasypianie, utrzymanie snu i budzenie się wypoczętym. Ciekawym podejściem do problemów ze snem charakteryzuje się aplikacja Sleepytime, która pozwala określić najlepszy czas zaśnięcia oraz wstania. Jeszcze innym, nietypowym rozwiązaniem jest aplikacja opierająca się na grywalizacji SleepTown, wspierająca regularny sen poprzez przestrzeganie godzin niekorzystania z telefonu komórkowego, które sami ustalamy.

Do leczenia bezsenności w sposób niefarmakologiczny zaleca się także terapię poznawczo-behawioralną. Jest to terapia krótkoterminowa łącząca techniki behawioralne (wywołanie zmiany poprzez zmianę nawyków) z technikami poznawczymi (modyfikacja schematów myślenia).

Na rynku dostępne są aplikacje pomagające poznać i wdrożyć główną metodę leczenia bezsenności, czyli terapię poznawczo-behawioralną. Jednym z rozwiązań jest polska aplikacja goodsleeper.pl, która pomaga w istotnym stopniu zmniejszyć problemy ze snem, skrócić zasypianie oraz przebudzenia w trakcie snu. Co więcej, badani użytkownicy tej aplikacji ocenili, że była ona pomocna w poprawie jakości snu. Tę aplikację można stosować samodzielnie bądź też łączyć z tradycyjną opieką pod okiem specjalisty. Aplikacja jest wyrobem medycznym, przeszła badanie potwierdzające jej skuteczność w walce z bezsennością.

Innymi rozwiązaniami są analogiczne aplikacje twórców zagranicznych, na przykład CBT-i-Coach, Insomnia Coach, Sleepio czy aplikacja Somryst, która została zatwierdzona przez FDA jako skuteczny środek do leczenia bezsenności. Ponadto dostępnych jest wiele aplikacji wspierających sen poprzez analizę jego przebiegu, na przykład analizę chrapania. Ich skuteczność nie jest jednak poparta rekomendacjami uznanych instytucji.

Tak jak wskazałem, bezsenność może być spowodowana różnymi czynnikami, w tym chorobami. Istnieją liczne aplikacje, które pomagają w kwestiach związanych z danym schorzeniem i pozytywnie wpływają także na powiązane z nim problemy ze snem. Jednym z narzędzi jest polska aplikacja LivingWell, która jako jedyna polska aplikacja znajduje się, co ciekawe, w katalogu niemieckiego systemu certyfikowania aplikacji DiGA. Aplikacja oferuje wsparcie psychologiczne chorym na nowotwór i pozwala śledzić postępy leczenia, obniżyć stres związany z chorobą oraz dbać o poprawę jakości życia, w tym jakość snu.

Kolejna polska aplikacja, Helfio, wspomaga użytkowników w obniżeniu ryzyka sercowo-naczyniowego, cukrzycy, otyłości i innych ryzyk metabolicznych. Helfio oferuje personalizowany program obejmujący aktywność, dietę, odpowiednie nawodnienie, sen i medytacje. Obie te aplikacje mieliśmy przyjemność w Departamencie Innowacji MZ testować i były nam przedstawiane w ramach naszych prac, w ramach zespołu do spraw innowacji.

W kategorii urządzeń największą grupę stanowią urządzenia, które monitorują przebieg snu, takie na przykład jak Oura Smart Ring oraz urządzenia firmy Fitbit. OuraRing to pierścień zakładany na palec, który łączy się z aplikacją w telefonie. Urządzenia Fidbit Sense czy Fidbit Versa posiadają możliwość badania jakości snu. Kolejnym urządzeniem tego typu, służącym do badania przebiegu snu, jest opaska na głowę Dreem. Urządzenie jest dostępne w Europie i jest zarejestrowane jako urządzenie medyczne klasy II w Stanach Zjednoczonych. W powszechnym użyciu są także smartwatche, które często są wyposażone w funkcjonalność służącą do monitorowania przebiegu snu.

Ciekawym urządzeniem, które też mieliśmy przyjemność w ramach zespołu do spraw innowacji oglądać czy testować, jest urządzenie służące do terapii schorzeń, które towarzyszą często bezsenności. Takim schorzeniem jest na przykład astma i w tym zakresie mamy rozwiązanie AioCare – wyrób medyczny klasy IIa służący do monitorowania i leczenia astmy, a także przewlekłych chorób płuc. Produkt ten składa się z przenośnego spirometru, dedykowanych aplikacji dla pacjenta i lekarza oraz panelu do zarządzania astmą i pozostałymi przewlekłymi chorobami płuc.

Ostatnim urządzeniem, o którym chciałbym powiedzieć, jest SleepPolygraph polskiej spółki, które służy do rejestrowania parametrów snu w kierunku monitorowania epizodów bezdechu. Jest to urządzenie, które nakładamy na klatkę piersiową. Składa się z kilku czynników, ma formę pasa i obejmuje monitorowanie sygnałów takich jak EKG, poziom nasycenia krwi tlenem, monitoruje przepływ powietrza przez górne drogi oddechowe, monitoruje, rejestruje ruchy oddechowe klatki piersiowej oraz rejestruje dźwięk w kierunku analizy chrapania i rejestruje położenie ciała.

Podsumowując, rozwiązań w leczeniu bezsenności, która jest istotnym problemem dotykającym szerokie grupy społeczne, jest dość dużo. Umożliwiają one walkę z bezsennością zarówno w sposób pośredni, jak i bezpośredni. Dosyć dużym uznaniem cieszą się rozwiązania związane z terapią poznawczo-behawioralną, która leczy przyczyny bezsenności związane ze złymi nawykami. Należy pamiętać, że bezsenność może być jedynie objawem i najistotniejsze w tym zakresie jest leczenie przyczyny, w zależności od schorzenia również możliwe przy użyciu rozwiązań cyfrowych. Myślę, że zatrzymam się tutaj, dziękuję bardzo za możliwość zabrania głosu.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Nawet nie miałam świadomości, że tyle aplikacji cyfrowych mamy, które mogą nas z tej przypadłości cywilizacyjnej – w moim odczuciu – uwolnić. Ale rozumiem, że możemy jeszcze dyskutować, bo mamy tu przedstawicieli zacnych instytucji, które w sposób dedykowany tymi kwestiami się zajmują. Rozumiem, że pan Tadeusz Piotrowski chciałby zabrać głos jako pierwszy?

Kierownik Pracowni EEG i Zaburzeń Snu w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, adiunkt WUM Tadeusz Piotrowski:

Jeżeli można. Dzień dobry państwu, Tadeusz Piotrowski, jestem kierownikiem pracowni badań nad snem przy poradni… współpracuję z poradnią leczenia zaburzeń snu, tzn. my jesteśmy połączeni w jedną całość.

Od 30 lat – to jest najstarsza w Polsce funkcjonująca poradnia leczenia zaburzeń snu i największa – funkcjonujemy od 30 lat, od czasu pierwszego zlotu Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem w 1993 r. Ja akurat prowadzę pracownię od 20 lat i słusznie było tu powiedziane, że to wymaga diagnostyki, pacjent przychodzący z bezsennością wymaga diagnostyki. Ale niestety to nie wygląda tak dobrze, bo my od 30 lat robimy polisomnografię dla tej poradni w czynie społecznym, nie jest to refundowane. Chociaż od 80 lat robimy polisomnografię, jesteśmy najstarszym ośrodkiem polisomnografii w Polsce, to robimy to w czynie społecznym, sami zdobywamy fundusze przez fundację. Zresztą ministerstwo bardzo nas pilnuje i co roku kontroluje tę fundację, musimy wysyłać całą masę różnych papierków, czy czegoś tam nie robimy, ale nikt się nie interesuje, dlaczego diagnostyka zaburzeń snu i polisomnografia, aktygrafia, potrzebna …

…, bo tu nie było wspomniane, że zaburzenia rytmu dobowego w tej chwili tak popularne, blisko 50% Polaków odsypia weekendowo, psując sobie sen. Zanim wystąpi bezsenność, to my sobie go psujemy – tak tylko rzucam. Pacjent, który przychodzi do poradni, ma problemy ze snem i my go diagnozujemy. Niestety jest tak, że od jakiegoś czasu wykrusza się zespół, bo jesteśmy udręczeni walką, męką o to, żeby móc robić polisomnografię. My uczymy innych, oni sobie jadą i gdzieś sobie w Polsce robią za pieniądze te badania, ale my nie możemy tego robić, bo psychiatria nie ma procedur.

Wczoraj dyrektor – mamy nowego dyrektora, który się bardzo zapalił, po raz pierwszy któryś dyrektor szpitala wsparł nas, bo jest taki trochę konflikt akademia – dyrekcja, bo jesteśmy na bazie obcej, ale to jest jeszcze inna opowieść, takie polskie piekiełko troszkę – w każdym razie nowy dyrektor nagle stwierdził: „Ojej, to ja nie wiedziałem" i bardzo nas wspiera. Ale rozmawiał na przykład ze specjalistą krajowym, który powiedział: „A po co polisomnografia na psychiatrii? Jest na laryngologii". Ale na laryngologii to zupełnie co innego, to są bezdechy, my się nie zajmujemy bezdechami. Jak pacjent ma bezdech – ja podejrzewam – bo mówi, że ciągle jest zmęczony, to ja go wysyłam najpierw do laryngologa.

Nie chcę kolegów pulmonologów obrazić, nie wiem czy tu są, ale najpierw trzeba do nosa zajrzeć, przepraszam, bo to jest po prostu podstawa. I problem jest prosty, my to robimy, ale to jest bardziej zapał. I przyznam się szczerze, jak nie będzie… my nie robimy dużo badań, ale w diagnostyce to jest niezbędne. Bezsenność oczywiście, są różne aparaty do monitorowania, ale one są bardziej przydatne do monitorowania rytmu. Pacjent przychodzi i mówi, że śpi regularnie, wypełnia dzienniczek regularnie, zakładamy aktygraf – śpi nieregularnie. Po prostu po co pacjent ma gębę? Żeby okłamać doktora. I badanie aktygraficzne, w ogóle te urządzenia służą po to.

Monitorowanie bezdechu w domu – to jest przyszłość, ale jeżeli chodzi o bezsenność, to decyduje ocena rytmu dobowego, bo to ma ogromny wpływ i jest ciągle w statystykach niedoceniane, oraz to, czy pacjent jest wyspany. I przede wszystkim terapia poznawczo-behawioralna. Bardzo się cieszę z tego Good Sleepera. Nasza koleżanka, dr Fornal, która u nas pracowała, ale jakoś szpital nie miał dla niej oferty na przedłużenie umowy, ona właśnie ten program w oparciu o pracę poznawczo-behawioralną u nas rozwinęła i dalej prowadzi to jako własny biznes, pracuje na SWPS. Także w tej bezsenności to jest gigantyczny problem.

Często jestem zapraszany do telewizji i opowiadam w telewizji o tym, jak ten sen prowadzić. Zasady są bardzo proste, są banalne. Cała praca, jak pan powiedział, to jest ta praca poznawczo-behawioralna, jak zmienić schematy. Bo co zrobić? Wstawaj o stałej porze, kładź się, jak poczujesz senność i to jest właściwie wszystko. Ale teraz zaczynają się schody, pacjent ma przekonania, a jeszcze ma bezdech, a nawet nie tyle bezdech, co hipowentylację, która pogarsza jakość snu i teraz jak go namówić, żeby sobie wykroił kawałek nosa – przepraszam, nie chcę urazić. My powoli tracimy możliwość diagnostyczną po prostu dlatego, że urzędowo jako psychiatrzy…

Skąd polisomnografia na psychiatrii? Ona się zaczęła w Polsce na psychiatrii, w naszej klinice. Skąd EEG na psychiatrii? Ono się zaczęło… najstarsza funkcjonująca pracownia od 1938 r. bez przerwy prowadzi badania elektroencefalograficzne, bo to wszystko jest potrzebne w diagnostyce bezsenności. Bez tego taka poradnia się zrobi – pacjent przyjdzie, odeślemy gdzieś, jak będziemy mieć wątpliwości, i tak się skończy. I do tego to zmie-

rza. 30 lat pracy – szkoda. A jednocześnie przychodzą też… opiniowaliśmy różne aplikacje, różne programy i to jest rzeczywiście bardzo ciekawe, bo pacjentów z bezsennością jest tyle, że żaden system poradni tego nie ogarnie. I te aplikacje są… ten Good Sleeper – przepraszam, że tak go reklamuję, ale on jest bardzo dobry, bo się opiera na metodzie wypróbowanej w grupach terapeutycznych – ja z Małgosią prowadziłem też te grupy, grupy terapeutyczne terapii poznawczo-behawioralnej bezsenności, także to naprawdę działa i jest świetnie oceniane przez ekspertów z Anglii, z Londynu. Prof. …, który jest też z Oxfordu i też jest autorem pewnego programu, bardzo wysoko ocenia ten program, bo rzeczywiście opiera się na standardach, to jest wypracowane przez lata praktyki. Także zobaczymy, jak to będzie wyglądało, raczej zmierza to w kierunku zamknięcia pracowni. Jedyna od 30 lat nieremontowana, bo jest ciągły konflikt, kto to ma wyremontować, czy akademia, czy szpital, więc jest tak, że musiałem wstrzymać badania, bo Sanepid by na to nie pozwolił. A sprzęt mamy z fundacji, sami kupujemy sprzęt, bo sprzęt do badań naukowych nie może być używany do badań diagnostycznych. Tyle chciałem powiedzieć. Bardzo fajna prezentacja, bardzo dobra – porusza to, że trzeba wyjść do pacjentów znacznie szerzej niż przez same poradnie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Trochę mnie to zasmuciło, nie miałam świadomości, że państwo tę diagnostykę wykonujecie za darmo.

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Dla szpitala jest to koszt, szpital nie może zbankrutować, dyrektor jest rozliczany z finansów. Nie mając refundacji, nie będziemy robić tych badań, bo za co? Poza tym to nie może być partyzantka, przepraszam.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Tak, to jest jedna kwestia. Druga kwestia, że rzeczywiście ciekawy wątek dla nas, osób niezajmujących się na stałe bezsennością, bo jednak jest to dotkliwy problem cywilizacyjny. Absolutnie te dane, które państwo przedstawili, pan dyrektor był uprzejmy przedstawić – 15% ludności przewlekle cierpiących, a tymczasowo do 30% nawet, czyli to są…

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

50% w Polsce zgłasza dolegliwości ze snem, co drugi obywatel.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Przepraszam, to może…

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

30 bezsenności, a do 50%... są badania, które pokazują, że zgłaszają dolegliwości ze snem.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Tak, tak, to prawda, więc jest to absolutnie dotkliwy problem, który dotyka co drugiego z nas. Zatem jest to problem, z którym powinniśmy się zmierzyć na poważnie – na poważnie, czyli również z kwestią finansowania, ale też z kwestią zastanowienia się, zdefiniowania, gdzie dedykować, w którym miejscu dedykować prace nad bezsennością, badania, leczenie, diagnostykę. Myślę, że tu jest poważna kwestia, nad którą powinniśmy się zastanowić.

Panie dyrektorze, jeżeli mogę prosić o przekazanie do dyskusji z panem ministrem – oczywiście z panem ministrem i tak będziemy rozmawiać, przed chwileczką rozmawiałam z panem ministrem Miłkowskim przed naszym posiedzeniem. Pan minister niestety był obecny na posiedzeniu innej Komisji, więc nie mógł być jednocześnie u nas, ale zastanowimy się, co z tym fantem zrobić, bo to jest naprawdę poważna kwestia. My jesteśmy z panią doktor nie tylko członkami Komisji naszej, organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, ale również Komisji Zdrowia, więc to jest taki asumpt do poważnych rozważań co dalej. Bo nie możemy skupić się tylko i wyłącznie na powierzchownym traktowaniu tematu, skoro on jest tak bolesny dla wielu członków naszego społeczeństwa, skoro jest poważnym problemem nie tylko terapeutycznym, ale również problemem gospodarczym, ekonomicznym, w każdym wymiarze społecznym, uciążliwym dla samych pacjentów. Także te wątki, które pan poruszył, są bardzo intere-

sujące, tak jak mówię, dla osób, które nie zajmują się na bieżąco tą kwestią, są po prostu zupełną nowością.

Zatem bardzo dziękuję, myślę, że powinniśmy się tym zająć. Aż żałuję, że tak późno nasza Komisja podjęła ten temat, bo ja sobie za zaszczyt biorę to, że nasza Komisja w wielu sprawach, które podjęliśmy podczas tej kadencji, wiele kwestii mogła poprowadzić skutecznie. Pan dyrektor przyznaje, bo udało się nam naprawdę wiele spraw trudnych, do tej pory nierozwiązanych w medycynie, w organizacji ochrony zdrowia poprowadzić do dobrych, skutecznych wyników. Dobrze, bardzo dziękuję, panie doktorze.

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo interesujący asumpt do naszej dyskusji. Pan profesor czy pani doktor? Proszę bardzo. Teraz z drugiej strony, od strony laryngologii.

Sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek:

Właściwie audiologii, ja reprezentuję Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, w którym problem bezsenności dotyczy pacjentów właśnie z szumami usznymi – była o tym mowa, o tych aplikacjach. I my rzeczywiście zalecamy pacjentom stosowanie aplikacji, które… jest to wykazane w wielu publikacjach, że ich skuteczność jest dość duża, stąd też jesteśmy zwolennikami aplikacji w leczeniu różnych schorzeń, a nawet w diagnostyce. Ale także nasz problem to jest polecenie pacjentowi aplikacji do radzenia sobie z szumem przy zasypianiu. Tych aplikacji jest mnóstwo, wystarczy wpisać do przeglądarki po angielsku czy po polsku i mamy podpowiedź, które aplikacje wybrać. Każdy pacjent musi przetestować i sprawdzić, która najlepiej mu odpowiada. Jesteśmy zwolennikami aplikacji, natomiast problem zasadniczy, który pan doktor poruszył, to problem diagnozy. Jeżeli polisomnografii nie będzie na stałe w katalogu psychiatrów…

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

I to jest inna polisomnografia niż w bezdechu. Nawet wczoraj nasz dyrektor rozmawiał ze specjalistą krajowym psychiatrii, który powiedział: „A po co? To jest w laryngologii". Ale to jest zupełnie inne badanie – podobne, ale mamy zupełnie inne czujniki, inna ocena musi być, wiele nocy, nie jedna, kilka nocy.

Przychodzi pacjent, nie może spać, biega w nocy – przepraszam – to albo ma somnambulizm, albo ma RBD, a mówi, że nie może w nocy spać, więc musimy mu zrobić polisomnografię, bo to jest zupełnie inne schorzenie. I teraz jest następny problem – przepraszam, ale pozwolę sobie skorzystać – że zaburzenia snu wykraczają troszkę poza jedną specjalność. To jest tak, że mamy troszkę z laryngologii – pacjent nie wie, czy ma iść do laryngologa, on przychodzi i okazuje się, że on wymaga… my leczymy wszystkich, ale na przykład ograniczenia NFZ, że pacjent z narkolepsją już nie może… ja go zdiagnozuję, ale nie mogę go leczyć, bo to jest choroba na G, a my leczymy choroby na F. Ale on ma hipersomnię, to jest jeden z objawów hipersomni – takie są właśnie różne smaczki. Wymaga to takiego przekrojowego spojrzenia na pacjenta.

Sekretarz naukowy IFiPS prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek:

Właściwie ja już niewiele mam do dodania, bo ten temat z punktu widzenia medycznego nas dotyczy tylko w sytuacjach, kiedy pacjent ma szumy uszne. To jest duży problem dla tych pacjentów i my mamy różne metody radzenia sobie z szumami usznymi, ale dla tych pacjentów, którzy mają problem z zasypianiem, w tej chwili stosuje się albo generatory szumu, o których była mowa, lub też aplikacje, i to jest wszystko. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. A czy państwo jesteście w stanie w proporcjach przedstawić informację: ilu jest tych pacjentów z bezsennością, z szumami usznymi, ilu jest tych laryngologicznych pacjentów? Przepraszam, że tak mówię: laryngologicznych – spłaszczam, proszę wybaczyć.

Sekretarz naukowy IFiPS prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek:

Odsetek osób, które cierpią na szumy uszne, to jest prawie 10% społeczeństwa, populacji, więc dużo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Ale jednak aplikacje pomagają, więc jest to jakieś rozwiązanie. Natomiast podejrzewam, że w takiej klasycznej bezsenności, często bahawioralnej, same aplikacje nie pomogą.

Sekretarz naukowy IFiPS prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kochanek:

To są tylko tzw. wspomagacze.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani doktor. Gdyby pani doktor była uprzejma się przedstawić, bo to jest do nagrania.

Kierownik Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Katedry i Kliniki Psychiatrycznej w Warszawie dr n. med. Anna Justyna Piotrowska:

Dobrze. Anna Justyna Piotrowska, jestem kierownikiem poradni leczenia zaburzeń snu. Poradnia leczenia zaburzeń snu powstała 19 lat temu, od początku istnienia pracuję w niej razem z dr Skalskim, który jest też często takim bardzo medialnym i dużym autorytetem.

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Tylko dodam, że wcześniej była prywatnie, w ramach fundacji była wcześniej. Ale państwowo 19 lat.

Kierownik Poradni Leczenia Zaburzeń Snu KiKP w Warszawie dr n. med. Anna Justyna Piotrowska:

Tak. I od niedawna jestem kierownikiem, bo dr Skalski był wcześniej i oczywiście uważam, że nadal jest tym kierownikiem, ale dzielimy się obowiązkami.

Ja chciałam powiedzieć, że to jest niezwykle ważny temat i zajmujemy się nim z wielką pasją, ale z racji tego, że należymy również do towarzystw europejskich i światowych, nie ukrywam, że korzystaliśmy z wiedzy, którą mogliśmy zdobywać w czasie różnych szkoleń, i staramy się utrzymać poziom taki jak w Kalifornii czy w Kolonii. I uważam, że nam się udaje. Współpracujemy również z innymi ośrodkami, m.in. z Aninem i tam od 15 lat mamy wiele programów naukowych zajmujących się powiązaniem bezsenności i nadciśnienia tętniczego. Ten temat jest mi szczególnie bliski, ponieważ bardzo długi, taki właśnie program przeprowadziłam i bardzo ciekawe wyniki w tym programie osiągnęliśmy. Byliśmy pierwszymi osobami na świecie, które wykazały związek między bezsennością a nadciśnieniem tętniczym. Mówię o tym po to, żeby ustosunkować się do tego, co powiedział pan dyrektor, że absolutnie ta wielowymiarowość zaburzeń snu dotyczy wszelakich, różnych kwestii.

Współpracujemy z dermatologią, gdzie mamy świąd i pemfigoid, bo ci pacjenci do nas też trafiają i to jest kolejna grupa pacjentów, których też diagnozujemy, wspólnie prowadzimy. Są też pacjenci uzależnieni, pacjenci, którzy stosują różne środki psychoaktywne, u których trzeba odstawić te leki. Natomiast zawsze, kiedy uczymy studentów i robimy szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu lub innych specjalności, którzy są zainteresowani, najważniejszą kwestią, którą ja podkreślam, to jest dokładne zebranie wywiadu. I my mamy ustrukturalizowany taki kwestionariusz, który pacjent wypełnia przed zgłoszeniem się do nas, potem mamy godzinę do półtorej – tyle mamy zarezerwowane dla pierwszorazowego pacjenta – a później te wizyty muszą być bardzo częste i dotyczące pewnej procedury, bo musimy sprawdzić właśnie te inne przyczyny. Czyli obligatoryjnie najczęściej robimy badania związane z morfologią, chorobami tarczycy i różnymi innymi, które budzą nasze wątpliwości.

Natomiast później istotną kwestią jest to, żeby zbadać ten rytm i tutaj nie ukrywam, że aplikacje, w momencie, kiedy były już dosyć szeroko dostępne, to nawet z dr Skalskim i z koleżanką mieliśmy opory i obawy, czy to faktycznie będzie dobrze działało, bo pacjenci będą tak bardzo się na tym opierać, że to może nie do końca odzwierciedlać problem. Ale okazuje się, że te aplikacje są naprawdę na wysokim poziomie i one

nam pomagają, bo w momencie kiedy my mówiliśmy o tym, jak wygląda struktura snu, jak wyglądają cykle, że pacjent nie powinien za długo spać, że nad ranem jest dużo REMU i ten REM nie jest potrzebny w takiej ilości, w jakiej pacjent myśli, że potrzebuje w sobotę i w niedzielę, to w momencie kiedy pacjent zobaczył to w tej aplikacji, bo często ma to postać wydruku, to okazało się, że: „aha, faktycznie on jest i ja ograniczę ten czas przebywania w łóżku". Okazało się więc, że nam bardzo pomaga i sprzyja temu, żeby ten rytm i te uwarunkowania behawioralne wprowadzić tak, jak to powinno wyglądać. Zatem tutaj współpraca jest.

Natomiast nie ukrywam, że większość pacjentów na podstawie i wywiadu, i wdrożonego leczenia, i tych aplikacji czy aktygrafii, czyli taniego badania jesteśmy w stanie zdiagnozować i prowadzić bez polisomnografii. Ale mamy też bardziej skomplikowane historie albo przedłużające się, nieprzynoszące efektów leczenie lub właśnie to, co dotyczy parasomni, czyli to nie są dyssomnie, tylko parasomnie. Mamy pacjentów z somnambulizmem, z RBD, mamy pacjentów, którzy przychodzą – teraz jest ich mniej – i trzeba ich zaopiniować sądowo-psychiatrycznie, bo to jest młody chłopak, student medycyny, który w czasie takiego epizodu spadł z czwartego piętra. To jest chłopak, który w czasie takiego epizodu zamordował swoją matkę. To jest kobieta, która ma somnambulizm, urodziła dziecko i w nocy kilka razy odłożyła dziecko zamiast do kołyski, to do szafy – takich historii mamy bardzo dużo i my tych pacjentów musimy zdiagnozować. To znaczy kwestia jest taka, że jeżeli taki pacjent przychodzi do nas i my musimy mieć tę diagnozę… Sąd, jeżeli nam nakazuje, to oczywiście musimy to zrobić, ale to są pacjenci, gdzie na szczęście nie zawsze to się dramatycznie kończy, ale nasza etyka zawodowa nie pozwala nam na to, żeby tego badania nie zrobić i stąd jest ta historia, że my te badania robimy w absolutnie prywatnym czasie, opisujemy w prywatnym czasie i leczymy, ale mamy czyste sumienie, bo wiemy, co leczymy.

Nie możemy leczyć pacjenta, jeżeli nie wiemy, co mu jest i każdy z nas, jeżeli miałby taki problem, chciałby być dobrze zdiagnozowany. I wydaje się, że to należy się, po prostu, tym ludziom. Mamy pacjentów, którzy z całej Polski do nas przyjeżdżają. Pacjent z narkolepsją przez 3 lata błąkał się po różnych oddziałach, gdzie nie potrafiono mu tego zdiagnozować, dopiero w internecie znalazł informację i do nas dotarł. I my robimy te badania, ale absolutnie według standardów światowych, niczego nie pomijamy i mamy też efekty terapeutyczne, więc nie ukrywam, że pacjenci, którzy stosują się do naszych zaleceń… nie mamy takich pacjentów, którym nie moglibyśmy pomóc.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, to zabrzmiało bardzo pozytywnie. Natomiast wątki finansowe jak zawsze się pojawiają, panie dyrektorze, wiemy, że terapia, medycyna kosztuje. Pani poseł, czy chciałaby pani zabrać głos w tej materii w ramach dyskusji?

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Bardzo dziękuję, wsłuchiwałam się bardzo uważnie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Ja tylko powiem o tych finansach. To nie są duże pieniądze, bo tych badań nie jest, nie wiadomo ile – raz w tygodniu, dwie noce i to wszystko. Ale po prostu upór, z jakim my nie możemy… nie chcemy robić jakiegoś biznesu na tym, ale ten upór jest aż zadziwiający. To są lata, pokolenia. Kolega mówi: „Idź, porozmawiaj". No może, trzeba sprawdzić. Ja liczę, że trzeba zawsze próbować, ale powiem szczerze… opór materii. Dobrze się mówi o bezsenności, bo bezsenność jest traktowana w sposób bardzo lekceważący, w taki sposób: daję tabletkę i pacjent będzie spał. Często lekarze mówią pacjentom: „Ja daję clonazepam sobie i też śpię", co jest w ogóle absurdem.

Stosowanie leków nasennych w Polsce to jest następny dramat, po 65. roku życia nie powinno się stosować leków z grupy benzodiazepinów, a w Polsce po 70. roku życia 30% obywateli dostaje te leki nasenne. Przychodzi do mnie pacjent i usiłuje wymusić lek nasenny. Ja wystawiam mu receptę, chcę sprawdzić w systemie i nie mogę sprawdzić,

czy on już od kogoś nie dostał, a to jest lek uzależniający. On może spokojnie wędrować i dostawać leki od różnych lekarzy. I tak pacjenci robią, gromadzą. Dzwoni do mnie pacjentka, która nie przyszła na wizytę normalną, tylko na teleporadę, jej mowa jest zamazana, a wiem, że ona dostaje – jak twierdzi – ćwiartkę luminalu i ćwiartkę clonazepamu, ale mówi tak, jakby wzięła po kilka tabletek każdego i pewnie tak jest.

I to jest następny problem, gigantyczny – uzależnienie od leków nasennych. Leczenie bezsenności w Polsce opiera się na stosowaniu leków nasennych, a tam jest, tak jak pan dyrektor powiedział, terapia poznawczo-behawioralna. Te wszystkie systemy służą zmianie pewnego trybu życia, modelu życia, a pacjenci dostają leki nasenne, co jest w ogóle zgrozą.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

I to jest kolejny problem. Bardzo ciekawy temat dzisiaj podejmujemy, odkrywamy wiele nowych odcieni tej bezsenności. A tak już ciekawości – panie doktorze, to ile godzin snu dziennie, na dobę?

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Nie wiem. To znaczy to jest tak, że potem to jest różnie interpretowane, bo każdy słyszy: statystycznie w przedziale 30–70 zdrowa osoba śpi średnio 7 godzin. Ale potem dziennikarka mi mówi: Udowodniono w badaniu, że trzeba spać 7 godzin. Nie, to jest statystyka. Mamy plus minus 40 minut, czyli przeciętnie większość osób śpi tyle, ale to nie znaczy, że zawsze musi tyle spać. Stała jest pora wstawania, kładę się, jak czuję senność. Są osoby, które śpią 6 godzin. Generalnie jak ktoś śpi 9 godzin, a jest po trzydziestce, to raczej śpi za dużo. I za długi sen jest też niedobry, daje zmęczenie, wykańcza, człowiek jest niewyspany, zmęczony. Pacjentka śpi 12 godzin dziennie i ciągle jest zmęczona – wszystko dobrze, po 12 godzinach snu trzeba być zmęczonym i wykończonym.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Nie jest łatwo z tym snem, nie jest łatwo. Proszę państwa, czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Ja przede wszystkim chcę serdecznie podziękować za możliwość udziału w zespole.

Nasza organizacja postanowiła zadeklarować bardziej aktywny udział w innowacjach, dlatego że spotykamy się z tymi innowacjami, a można by powiedzieć nawet, że jesteśmy troszeczkę prekursorami, bo ponad ćwierć wieku temu wymyśliliśmy Przycisk Sieci Życia. To była pierwsza taka innowacja, automatyczne wezwanie pomocy w sytuacji zagrożenia, żeby nie trzeba było nic mówić. W sytuacji, kiedy pacjent nie jest w stanie powiedzieć, co i komu się dzieje, żeby miał jednak możliwość wezwania pomocy, bo to jest ta pięta achillesowa. Także jesteśmy takimi troszeczkę prekursorami, pokazaliśmy to na forum międzynarodowym, później zaczęły powstawać firmy zagraniczne. Często się mówi: a gdzieś tam za granicą to już dawno jest. Akurat w tym przypadku powstało w Polsce, wymyśliliśmy to w Polsce, zaprezentowaliśmy w Paryżu i poszło na świat.

Przechodząc do tematu dzisiejszego posiedzenia, proszę państwa, wydaje się naszej organizacji, że ministerstwo powinno bardziej zainteresować się placówkami naukowymi, fachowcami, którzy zajmują się…

Kierownik pracowni w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie Tadeusz Piotrowski:

Przepraszam, nie mówię o nauce, tu chodzi o badania diagnostyczne dla pacjentów z miasta, bo na naukę to my mamy pieniądze. Chodziło o badania diagnostyczne pacjentów potrzebne w poradni – o to chodzi. Na naukę my mamy, mamy z fundacji, mamy sprzęt, ale chodzi o finansowanie zwykłej diagnostyki pacjentów w poradni.

Prezes KSRSSR Jerzy Płókarz:

Należałoby więc się tym zająć, bo z wypowiedzi pana doktora i pana profesora wynika, że ten temat jest niedofinansowany.

W tej chwili bardzo intensywnie zajmujemy się różnymi producentami aplikacji, nie zawsze właściwych, a wydaje się, że powinniśmy się oprzeć na opinii fachowców, diagnostów. To państwo powinniście mówić: Takie czy inne rozwiązanie jest pomocne w badaniu

pacjenta. Jak producenci do nas przychodzą, ja zawsze w ten sposób mówię: Przyjdźcie, zanim zrobicie produkt. My jako organizacja ratownicza non profit bardzo chętnie wam podpowiemy, podzielimy się własnym doświadczeniem, a wy przychodzicie z rozwiązaniem i mówicie: O, jakie mamy doskonałe urządzenie. My patrzymy na to urządzenie, na tę innowację i mówimy: No tak, ale to jest zrobione źle, a w zasadzie wręcz może zabijać człowieka. Prosty przykład: przycisk do wezwania pomocy ma pięć różnych funkcji, jednym przyciśnięciem można zmienić funkcję i wtedy już pacjent nie da rady wezwać pomocy. Nie można takiego urządzenia zastosować w sytuacji, gdy zwłaszcza starszy człowiek, półprzytomny, niekojarzący może przestawić funkcje. Jak byście przyszli od razu, to byśmy wam powiedzieli, mielibyście produkt, który się nadaje, a tak wyłożyliście pieniądze i teraz chcecie go na siłę sprzedawać, a tak naprawdę zrobiliście bubel, który może zabić człowieka, jeżeli mu powiemy, że może na to liczyć, a to ma prawo nie zdać egzaminu. Także to tylko tyle.

Chciałem się przedstawić i zadeklarować bardzo chętnie współpracę, bo jest to bardzo ważny temat. Dzisiejsze nowoczesne rozwiązania, jak widać, bardzo mogą zrewolucjonizować, usprawnić pomoc dla pacjentów, ale muszą być wprowadzane w sposób odpowiedzialny i o tym trzeba niestety pamiętać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie prezesie. Jeszcze tytułem podsumowania pan dyrektor, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu w MZ Hubert Życiński:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. O ile chodzi o polisomnografię, odnotowałem wypowiedź pana doktora. Chciałbym się wypowiedzieć w zakresie tego punktu dotyczącego odpowiedzialnego wprowadzania innowacji, w szczególności rozwiązań aplikacyjnych.

Dziękuję także za pana spostrzeżenia. Chciałbym dla wyrównania wiedzy w tym zakresie wskazać, że MZ identyfikuje problem związany z trudem wyboru wobec dużej liczby aplikacji oferowanych z różnych źródeł i wychodząc naprzeciw temu zagadnieniu, uruchamia portfel aplikacji zdrowotnych, który należy kojarzyć jako katalog aplikacji sprawdzonych, certyfikowanych, aplikacji zdrowotnych, które będą zaoferowane nieodpłatnie dla pacjenta. Każda z aplikacji, która się znajduje w takim portfelu aplikacji zdrowotnych i otrzymała certyfikat MZ, jest aplikacją, która została sprawdzona w trzech obszarach. Pierwszy to obszar wartości dodanej z punktu widzenia organizacji pacjenckich, czyli czy ta aplikacja jest korzystna, pożyteczna dla pacjenta. Po drugie, w obszarze skuteczności czy zasadności co do wybranej metody klinicznej i ta ocena jest przeprowadzana przez ekspertów z różnych towarzystw naukowych zgodnie z właściwością tej aplikacji, pod egidą Naczelnej Izby Lekarskiej. I trzeci obszar to jest obszar bardzo ważny w przypadku tego rodzaju innowacyjnych rozwiązań – to jest obszar cyberbezpieczeństwa, czyli bezpieczeństwa informacji, czy dana aplikacja robi w rzeczywistości to, co deklaruje. Te aplikacje mają, mam nadzieję wkrótce, szansę pojawienia się również dla pacjentów, liczymy na to przynajmniej, w tym aplikacje, które adresują problem czy szereg problemów związanych z bezsennością czy zaburzeniami snu. Chciałem po prostu przekazać tę informację tytułem uzupełnienia i takiej informacji nieco uspokajającej, że myślimy o bezpieczeństwie pacjentów i odpowiedzialnym wprowadzaniu innowacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Pięknie dziękuję. Proszę państwa, ja powiem w ten sposób, że na pewne kwestie, które państwo podjęliście, zwróciliśmy uwagę i na pewno przedyskutujemy w MZ, co dalej z tymi trudnościami zrobić i jak do tego podejść, żeby w sposób poważny, kompleksowy i, jak to się dzisiaj ładnie mówi, holistyczny zastanowić się, jak leczyć, diagnozować, finansować leczenie, terapię bezsenności. Bardzo interesujący to problem i wcale niejednowarstwowy, więc na pewno podejmiemy ten temat i to jest obietnica naszej Komisji, podkomisji.

Bardzo dziękuję za państwa udział, mam nadzieję, że nie ostatni raz się widzimy. Dziękuję, że z takim zapałem, entuzjazmem opowiadacie o swojej pracy, proszę z tego nie rezygnować. Wielka byłaby szkoda, szczególnie że problem ważki i olbrzymi.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji, zamykam posiedzenie podkomisji. Jeszcze raz wszystkim państwu bardzo serdecznie dziękuję. Panie dyrektorze, dziękuję, proszę pozdrowić pana ministra raz jeszcze.

Zastępca dyrektora departamentu w MZ Hubert Życiński:

Dziękuję, na pewno pozdrowię.